Rok XXXVII. Kraków 16 Kwietnia 1898. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Róg skórny powieki.

Napisał

Dr. Teodor Ballaban,

okulista we Lwowie.

Jakkolwiek liczba ogłoszonych dotychczas przypadków rogu skórnego na powiekach jest względnie dość znaczna [1]), to przecież cierpienie to częstem nie jest; można się łatwo przekonać z ostatniej pracy Aschenbacha [2]), że nawet w bardzo uczęszczanych klinikach całe lata mijają, zanim się jeden przypadek wydarzy. Z tego też względu zdaje mi się, że opisanie dwóch przypadków, które miałem sposobność niedawno spostrzegać, może wzbudzić pewne zajęcie, tem bardziej, że przypadki te mogą dać pewne wskazówki, co do sposobu powstawania rogów skórnych, zwłaszcza, że w tej sprawie zdania są zawsze jeszcze sprzeczne.

Przypadek 1. W dniu 7. maja 1896 r. zgłosiła się do mnie 46-letnia kobieta z nowotworem na skórze dolnej powieki oka prawego. Nowotwór ten miał powstać przed trzema miesiącami, początkowo jako mała, jasno-brunatna, bezbolesna, szybko się powiększająca wyniosłość.

Przy badaniu znalazłem na dolnej powiece prawego oka stożkowaty, bardzo twardy, przeszło $1^3/_4$ ctm. długi, guz (Rys. 1), o własnościach rogu, w $^3/_4$ częściach końcowych barwy brunatno-zielonej, u podstawy zaś więcej brunatnoczerwony. Począwszy od owalnej podstawy, wynoszącej w najszerszym przekroju 1 ctm., nowotwór ten zwężał się coraz bardziej ku górze, był ze skórą powieki silnie zrośnięty, a zarazem ostro i dokładnie na niej ograniczony. — Wskutek ciężkości zwieszał się ten guz w dół na policzek, przez co i skóra powieki była lekko naciągnięta. Granica górna nowotworu była nieco zamazana; natomiast obwód w części dolnej tworzył ze skórą kąt ostry. Jeżeli na podłożonym palcu podniosło się tę narośl ku górze tak, że ona stawała się do powierzchni skóry prostopadłą, to skóra powieki wracała do prawidłowego ułożenia; jeżeli się zaś palec oddaliło, to guz ten znowu zwieszał się na dół, pociągając za sobą dolny brzeg powieki w dół i na zewnątrz, przez co powstawało pewnego rodzaju mechaniczne odwinięcie powieki na zewnątrz (ectropium). Dotykanie powierzchni nowotworu, a nawet dość głębokie jego ukłócie szpilką, nie sprawiało chorej przykrości; dopiero silny ucisk i bardzo głębokie ukłócie były nieco bolesne. Przy dalszem badaniu znalazłem obok tego opisanego guza jeszcze dwa inne, małe, o których istnieniu chora dopiero bardzo niedawno się przekonała. Nie może też ona dokładnie podać czasu, w którym te guzy powstały; wie tylko tyle, że większy istnieje około 6-ciu tygodni i że ona go już dwukrotnie paznogciem zdzierała; zaś mniejszy prawdopodobnie powstał dopiero przed kilku dniami. Większa z obu tych narośli dochodziła 4 mm. długości, była umiejscowioną w skórze powieki, około 1 ctm. na zewnątrz od wielkiego rogu, a 1 mm. od dolnej krawędzi powieki; mniejsza zaś, 2 mm. wysoka, znajdowała się w środku między obydwoma opisanymi rogami. Obydwa te małe nowotwory, pokryte kosmkami (zottig), podobne były do szyszkowin kończystych (condyloma acuminatum), o barwie brudno-białawej, a zakończenie ich miało zbitość rogu.



Rys. 1.

Po dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego $^1/_{50}$% roczynem sublimatu i wstrzyknięciu kokainy w podstawę, wyciąłem wszystkie te trzy nowotwory w ten sposób, że okroiłem je wokoło i oddzieliłem od podskórnej tkanki łącznej. Krwawienie małe, szew jedwabny, opatrunek. Po 3-ch dniach wyjąłem szwy, zgojenie się przez rychłozrost.

Celem badania drobnowidowego włożyłem te nowotwory do 10% roczynu formaliny. Po należytem stwardnieniu umocniłem je w celoidynie. Przecięcia robiłem mikrotomem w kierunku prostopadłym do podstawy nowotworów. Barwiłem częścią hematoksyliną i eozyną, częścią zaś metodą Giesona.

Dla lepszej przejrzystości opisu pozwolę sobie oznaczyć, najmniejszy nowotwór I, średni II, zaś największy III.

I. Brodawkowate wzniesienie powstało prawie wyłącznie z wybujałego pokładu brodawek skórnych (stratum papillare); różni się ono od zupełnie prawidłowego pokładu tylko nieco większą obfitością komórek tkanki łącznej. Odpowiednio do tego wgłębia się naskórek w kształcie licznych czopów w tkankę skórną, a powierzchnia jego jest wygładzoną, nieco grubszą, warstwą rogową. W najbardziej środkowych częściach tego małego nowotworu rzecz ma się zupełnie inaczej. Widzimy tutaj skórę wybujałą w kształcie brodawek kończastych, które długością dochodzą $^1/_4$ mm., a tkanka ich jest przepełniona bardzo licznemi komórkami proliferacyjnemi (komórki okrągłe o jednem jądrze), które są pokryte tak grubym naskórkiem, że zagłębienia pomiędzy brodawkowatemi wzniesieniami nie są wyrównane. Naskórek ma bardzo wązkie *stratum lucidum* i bardzo grubą pokrywę rogową, której powierzchowne części łuszczą się. Uderzająca jest przy tem

[1]) Patrz zebraną literaturę tego przedmiotu przez Dra S. Mitwalskyego: Ein Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner der Augenadnexa. Archiv für Dermathologie und Syphilis, 1894.

[2]) Dr. C. Aschenbach: Ein Beitrag zu den Hauthörnern der Augenlider. Centralblatt für Augenheilkunde 1895 p. 289.

ta okoliczność, że przy wszystkich torebkach włosowych i przy komórkach naskórka w ogólności, znajdują się szczególnie liczne ziarenka keratynowe i że zrogowaciałe komórki naskórka sięgają bardzo głęboko wzdłuż torebek włosowych. Gruczoły skóry są prawidłowe.

II. Nowotwór średni różni się od opisanego powyżej obrazu tylko o tyle, że wypustki brodawkowate są więcej aniżeli dwa razy wyższe i że zgrubienie warstwy rogowej naskórka jest jeszcze o wiele znaczniejszem tak, że zagłębienia pomiędzy brodawkami zupełnie się wyrównują. (Rysunek 2).



Rys. 2.
Średni róg skórny (Przyp. I, II.). Przekrój podłużny, barwienie hematoksyliną eozyną, około 12-krotne powiększenie lupą.
Przy. Przykrywa przybłonkowa (Epitheldecke). *Zrog. przyb.* Zrogowaciały przybłonek. *Br.* — Brodawki *Na* — Naczynia (przekrój poprzeczny). *Gr.* — Gruczoły tłuszczowe (prawidłowe). *Gr. p.* — Gruczoły potne.

Obydwa te nowotwory musimy ze względu na ich budowę histologiczną zaliczyć do brodawczaków, kształtem podobnych do kłykcin kończystych, a mających nadzwyczajną skłonność do zrogowacenia naskórka.

III. Największy z 3-ch guzów, zupełnie rozwinięty róg skórny, różni się od powyżej podanego obrazu bardzo znaczną ilością zrogowaciałego naskórka, który wypełnia większą część całego nowotworu, jako też zmianami wstecznemi brodawek skórnych. Począwszy od podstawy aż do jego szczytu idą bardzo wydłużone brodawki skóry, z których tylko nieliczne zawierają w sobie prawidłową, lecz bogatszą w jądra, tkankę skórną, obok prawidłowych naczyń; natomiast prawie wszystkie okazują w końcowych swych częściach zmiany zwyrodnienia wysokiego stopnia. Naczynia są przepełnione leukocytami, lub też zatkane zakrzepem; komórki wypełnione ziarnkami keratynowemi, a bardzo wiele brodawek utraciło zupełnie swe kształty i są utworzone z jednolitej masy, podobnej do zwyrodnienia szklistego (hyalinea degeneratio), w której znajdują są nader liczne ziarnka keratyny. Główna masa, jak to powyżej już wspomniałem, składa się ze zrogowaciałych komórek naskórka, częstokroć zmienionych na warstwowo ułożone walcowate utwory, które prawdopodobnie za życia były wypełnione przestworkami powietrznymi. (Rys. 3). Rzeczą godną uwagi i bardzo ważną dla zrozumienia sprawy rośnięcia rogów skórnych jest ta okoliczność, że na obwodzie rogu spostrzegamy bardzo silnie wydłużone brodawki, które zdaje się świeżo powstały (Rys. 3 Br.). W miejscu tem jest podstawa tkanki łącznej bardzo dobrze utrzymana, naczynia prawidłowe, a w ich okolicy widać tylko nieco liczniejsze komórki proliferacyjne. Warstwa przybłonka jest względnie cienka, zrogowacenie niezbyt daleko posunięte, przez co też te brodawki są tylko lekko do reszty głównej masy rogu przymocowane.

Przypadek 2-gi. Dnia 1 września 1897 r. zgłosiła się do mnie 50 letnia panna, podając, że zauważyła na dolnej powiece od kilku miesięcy rosnący maleńki guzek, który już



Rys. 3.
Największy róg skórny (przyp. I. III). Przekrój podłużny, barwienie hematoks. eozyną.
Br. Brodawki w podłużnym i poprzecznym przekroju. *Reichort Object. 2. Ocular I.*

kilkakrotnie zdrapywała, a który mimo tego zawsze odrastał. Znalazłem około 8 mm. długą, z góry ku dołowi nieco spłaszczoną, stożkowatą narośl, usadowioną na wewnętrznej połowie dolnej powieki, blizko wolnej jej krawędzi, o barwie brunatnej, powierzchni łuskowatej i twardości rogu. Skóra w okolicy lekko zaczerwieniona. Po wycięciu włożyłem tę narośl do 10% roczczynu formaliny, a po zatopieniu w celoidynie, pokrajałem mikrotomem całą narośl w kierunku podłużnym, robiąc skrawki prostopadłe do pierwotnego jej położenia na powiece. Barwiłem jak poprzednio.

Widzimy, że w tym przypadku róg skórny (Rysunek 4) składa się w przeważnej swej części ze zrogowacia-

łego naskórka, w którym jednak prawie aż do wierzchołka narośli znajdują się dobrze utrzymane brodawki, a tylko końce ich są w stanie martwicy (nekrozy) szklistej, lub też w stanie wyschnięcia; zaś $^3/_4$ części tych, które znajdowały się bliżej podstawy, są zupełnie prawidłowe, a posiadają jedynie li tylko nieco liczniejsze jądra. Przy samej podstawie narośli widzimy (Rysunek 4 Br.) w bardzo zgrubiałej warstwie naskórka liczne młode brodawki, skóra jest nieco obfitszą w komórki i posiada liczne i szerokie naczynia; gruczoły skóry są prawidłowe.



Rys 4.
(Przypadek 2-gi). Przekrój podłużny, odpowiadający powierzchni strzałkowej (Sagittalebene) rogu skórnego.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

I. Dwa rzadsze przypadki ran kłótych.

1. Przecięcie tętnicy sutkowej wewnętrznej prawej (a. mammaria interna) i rana kłóta prawej komory serca, zadane nożem. Niejaki M..., zastawszy Serg... w towarzystwie swej żony, zadał mu, w przystępie zazdrości, cios dużym nożem kieszonkowym, utrzymując potem w śledztwie, że nie dokonał zamachu niespodziewanie, lecz że stojąc naprzeciwko ofiary, uderzył narzędziem, trzymanem w ręce prawej, w pełnej garści, prosto w pierś przeciwnika; ostrze miało wystawać między kciukiem a wskazicielem, koniec trzonka miał spoczywać w okolicy małego palca, a dłoń miała być w chwili ciosu zwróconą ku górze, staw łokciowy zgięty. Serg... przewieziono do szpitala Tenon, gdzie, mimo odpowiednich zabiegów, zmarł w 8 godzin od chwili czynu.

Wynik sekcyi, którą wykonałem 9. XII. 1897 roku wspólnie z Dr. Socquetem, znawcą sądowym departamentu Sekwany, był w streszczeniu następujący:

Zupełnie obnażone zwłoki młodego, wybornie zbudowanego i odżywionego mężczyzny. Nieliczne i niewielkie plamy pośmiertne na grzbiecie, pośladkach i tylnej powierzchni ud; powłoki brzuszne zielonkawo zabarwione, zresztą skóra blada. Tężca pośmiertnego niema.

Na tylnej powierzchni ramienia prawego, tuż powyżej łokcia znajduje się w tkance podskórnej podbiegnięcie krwawe, okrągławe, około 5 ctm. średnicy mierzące. Na zewnętrznej powierzchni ramienia, w $^1/_3$ dolnej części, skóra na przestrzeni półcenta pergaminowato zaschnięta; między tkanką podskórną a mięśniami znajduje się w tem miejscu tejsamej wielkości wybroczyna. W przegubie łokciowym lewym rana prostolinijna, 2 ctm. długa, o brzegach ostro ciętych; w dnie tej rany leży oddzielona od otoczenia, nacięta podłużnie i z obu stron nacięcia podwiązana żyła; jest to ślad po wlewaniu fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, dokonanem w szpitalu.

Oprócz tych zmian i rany na klatce piersiowej, którą zaraz opiszę, nie dostrzega się zewnętrznie innych rzeczy, godnych uwagi.

Na prawej połowie przedniej powierzchni klatki piersiowej, znajduje się rana prostolinijna, zamknięta szeregiem węzełkowych szwów jedwabnych, biegnąca skośnie od góry i wewnątrz, na dół i ku zewnątrz. Górny koniec rany skórnej przypada w linii przymostkowej prawej, 12 ctm. niżej górnej krawędzi mostka, dolny koniec rany leży w linii sutkowej prawej, 5 ctm. niżej sutka. Długość rany skórnej 13 ctm. Brzegi rany, po rozcięciu szwów, ostro cięte; mięśnie przecięte w tymsamym kierunku na długości 10 ctm. Głębiej stwierdza się, że chrząstki żebrowe 4 i 5 przecięte są skośnie tak, że płaszczyzna przekroju biegnie od przodu zewnątrz ku tyłowi wewnątrz. Pomiędzy obu chrząstkami przecięła tętnica sutkowa wewnętrzna prawa. Końce przeciętej tętnicy zamknięte podwiązką katgutową. W prawej jamie opłucnowej litr krwi, zmięszanej z ciemnymi, soczystymi skrzepami; płuco prawe pomniejszone, usunięte przez nagromadzoną w jamie opłucnowej krew, ku kręgosłupowi. Na opłucnej, w miejscu odpowiadającem mniej więcej ranie zewnętrznej, wybroczyna wielkości centa; zresztą ani płuco, ani opłucna pokrywająca płuco, nie skaleczone; miąższ płuca prawego blady, zresztą zmian nie przedstawia. W prawej połowie worka osierdziowego, odpowiednio do rany zewnętrznej, rana prostolinijna, o ostrych brzegach, długa 2 ctm. W worku osierdziowym 50 ctm. sześciennych krwi płynnej i mały skrzep pośmiertny. W zewnętrznej ścianie prawej komórki, na 3 ctm. poniżej gałęzi poziomej tętnicy wieńcowej, prawie równolegle do tętnicy biegnąca, na 1 ctm. długa, rana, która drąży lejkowato od zewnątrz ku wewnątrz i kończy się pomiędzy beleczkami komórki prawej szczeliną, długą 7 mm. Serce prawie zupełnie próżne; zresztą innych obrażeń, ani zmian nie okazuje. Reszta narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej, jakoteż mózg i opony blade i nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości.

Aczkolwiek rany kłóte serca są zjawiskiem stosunkowo bardzo pospolitem, to jednak znacznie rzadziej zdarza się, aby rany takie, zadane w prawą połowę klatki piersiowej, dosięgały serca, a równoczesne zranienie serca i tętnicy sutkowej wewnętrznej bronią białą jest jeszcze rzadsze. W znanem i klasycznem zestawieniu Fischera[1]), obejmującem 452 przypadków ran serca, ogłoszonych w ciągu całego prawie stulecia, piąta tylko część ran kłótych zadaną była przez prawą połowę klatki piersiowej, a równoczesne zranienie prawej połowy serca i tętnicy sutkowej wewnętrznej zapisuje Fischer tylko dwa razy. Wśród 124 spostrzeżeń ran klatki piersiowej, z tego 62 kłótych, zebranych później przez Welatona[2]), ani jedna nie trafiała serca, pomimo, że dwa razy przecięta była prawa tętnica sutkowa wewnętrzna. W ostatnich czasach Richter[3]), opisując 29 przypadków ran kłótych serca, spostrzeganych w ciągu lat dwudziestu w wiedeńskim zakładzie sądowolekarskim, przytacza tylko dwa przypadki ran serca, zadanych przez prawą połowę klatki piersiowej; tylko w jednym z nich była ściana serca na wskroś przebitą; w drugim ściana serca była tylko powierzchownie skaleczoną, natomiast tętnica wieńcowa zupełnie była przecięta. W pierwszym przypadku istniało zresztą kilka innych ran kłótych, dosięgających serca od lewej strony mostka. Na tę wielokrotność ran zwraca uwagę Hofmann[4]), jako na okoliczność, mogącą w razach wąt-

*) Wyrażenie polskie „luźne“, zamiast „kazuistyczne“ spostrzeżenia, zdaje mi się równie dobrze rzecz określać. Przyp. aut.

[1]) Langenbeck's Archiv Tom 9. 1867/8 i strona 571.
[2]) Thése doctorat, Paryż 1880.
[3]) Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin. 1896, str. 16.
[4]) Lehrb. d. ger. Med. VIII. Aufl. 1898, str. 383.

pliwych ułatwić odpowiedź na pytanie, morderstwo, czy samobójstwo. Jak się bowiem okazuje ze spostrzeżeń, przytoczonych przez Hofmanna, rany serca bardzo rzadko posiadają cechy, na podstawie których możnaby napewno orzec, że działała ręka cudza. Pod tym względem przypadek nasz stanowi poniekąd wyjątek; w razie wątpliwym kierunek kanału rany pozwoliłby tu prawie napewno zaprzeczyć przypuszczeniu samobójstwa, ponieważ samobójca nie mógłby sobie w ten sposób ciosu zadać ani prawą, ani lewą ręką. Z drugiej strony w danym przypadku na pytanie sądu można było również na zasadzie kierunku rany odpowiedzieć z wszelką pewnością, że cios nie był zadany w ten sposób, jak to opisywał obwiniony. Oczywiście niemniej nie można określić z całą ścisłością, czy w ten lub inny sposób morderca dokonał zamachu, a mianowicie rozstrzygnąć, jak ustawił się względem ofiary, co w danym razie, ze względu na prawa francuskie, usprawiedliwiające zabójstwo, dokonane przez męża na żonie lub jej kochanku, schwyconych na gorącym uczynku, nie było bez znaczenia. W tym przypadku bowiem mógł być cios zadany prostem uderzeniem z góry, jeśli napadnięty znajdował się w pozycyi leżącej na boku lewym, lub nieco z boku w postawie stojącej ofiary, ruchem odsiebnym prawej ręki mordercy, zwróconej grzbietem ku górze, z ostrzem noża wystającem od strony małego palca, jak wreszcie niespodzianie z tyłu, przyczem morderca okolił ręką prawą prawy bok ofiary. W każdym jednak razie wynik sekcyi zdaje się, mojem zdaniem, przemawiać przeciw opisowi czynu, zeznanemu przez obwinionego.

Przeżycie rany serca przez czas jakiś, zdarzające się niezbyt często[5]), nie jest w naszym przypadku mniej ciekawe, niż w innych podobnych spostrzeżeniach, chociaż ranny wkrótce po czynie dostał się w opiekę lekarską. W każdym bowiem razie podwiązanie tętnicy sutkowej wewnętrznej zmieniło obraz o tyle tylko, że pozostała sama już tylko rana serca, jako obrażenie, które ostatecznie doprowadziło do śmierci. Wlanie zaś do żyły roztworu soli kuchennej nie mogło mieć wobec otwartej rany serca żadnego donioślejszego znaczenia i prawdopodobnie nawet bez tego zabiegu życie pociągnęłoby się po podwiązaniu tętnicy jeszcze kilka godzin.

2. Zranienie dłutem tętnicy podkolanowej. Dwaj stolarze G. i C. pokłócili się bez świadków w odosobnionej pracowni, poczem jeden z nich, G., wezwał pomocy lekarskiej dla zranionego towarzysza. Ranny zakrwawił się w kilkanaście minut, nie odzyskawszy przytomności, G. zaś oskarżony o zabójstwo, utrzymywał w śledztwie, że zmarły skaleczył się przypadkiem, upadłszy na ostrze dłuta. Sąd zwrócił się do znawców z zapytaniem, czy możliwą jest rzeczą, aby obrażenia, znalezione u zmarłego, zadane były dłutem, oraz, czy da się zapomocą badania sądowolekarskiego sprawdzić zeznania obwinionego.

Z wyniku sekcyi, dokonanej (w 6 dni po śmierci, na sztucznie oziębionym i doskonale przez to zachowanym trupie) przez Dra Socqueta, w obecności prof. Brouardela i mojej, przytaczam tylko najważniejsze dane:

Obnażone zwłoki młodego, wybornie zbudowanego i odżywionego mężczyzny, średniego wzrostu. Na grzbiecie blade i nierozległe plamy pośmiertne, zresztą skóra blada. Powłoki brzuszne nie okazują żadnych śladów gnicia; są tej samej barwy, co reszta ciała. Tężca pośmiertnego niema.

Na łokciu prawym siniec wielkości srebrnego guldena, jako taki nacięciem stwierdzony. Poniżej wewnętrznej kostki lewej nogi wśród ogolonego pola znajduje się prostolinijna ranka skórna, o brzegach ostrych, długości 4 ctm. przebiegająca z góry i od tyłu, ku przodowi i dołowi. (Jestto ślad po usiłowaniu odsłonięcia żyły, aby wlać do niej fizyologiczny roztwór soli kuchennej; wskutek śmierci rannego nie dokończono zabiegu).

Na zewnętrznej stronie tylnej powierzchni prawego uda i przegubu kolanowego rana prostolinijna, o ostrych, nieco rozwartych brzegach, sięgająca od linii stawu kolanowego na 14 ctm. w górę. Okolica rany powalana zaschłą krwią. Naokoło rany pomiędzy tkanką podskórną a mięśniami podbiegnięcie krwawe, na 2 do 3 palców szerokie. Linia rany skórnej odpowiada środkowi kłykcia zewnętrznego uda. W głąb ciągnie się kanał rany wśród mięśni skośnie na wewnątrz ku przodowi i nieco ku dołowi, a w dnie rany leży tętnica podkolanowa (art. poplitea). Nie jest ona całkowicie przeciętą, tylko tylna jej ściana jest otwartą dokładnie tuż pod linią stawu kolanowego, przez cięcie, przebiegające skośnie od góry wewnątrz, ku dołowi zewnątrz; brzegi otworu w tętnicy, długiego na 27 mm., ostre. Powyżej i poniżej otworu tętnica zaciśnięta podwiązkami katgutowemi.

Zresztą ani zewnętrznie, ani wewnętrznie, oprócz wielkiej bladości narządów. nie stwierdzono nic godnego uwagi.

Przyczyną śmierci był oczywiście krwotok z przeciętej tętnicy, krwotok tem gwałtowniejszy, że tętnica nie była zupełnie przeciętą, lecz tylko skaleczoną. Jak zaś wiadomo, najgroźniejszemi ranami dużych naczyń są wielkie, szczelinowate rany podłużne, nie stawiające krwotokowi żadnej najmniejszej nawet tamy, przez co pomoc lekarska, nawet najspieszniejsza, jest zwykle bezowocną. W naszym przypadku wynik sekcyi nie przemawiał przeciw temu, że rana, a w szczególności rana tętnicy podkolanowej, zadaną była dłutem stolarskiem, którego ostrze mierzy 32 mm. długości, lub innem podobnem narzędziem; z jednej bowiem strony wiadomo, że rany kłóte tkanin elastycznych mają często przekrój nieco mniejszy od ostrza narzędzia, z drugiej zaś kierunek rany tętnicy świadczył, że ostrze dłuta, trafiając tylną ścianę nieco skośnie do osi tętnicy, mogło nie dotknąć jej całą swą długością. Nadmierną długość rany skórnej, odnieść należy głównie do tego, że lekarz, podwiązując uszkodzoną tętnicę, rozszerzał ranę. — Drugie pytanie Sądu należało oczywiście zaprzeczyć, gdyż wynik badania nie dał żadnych wskazówek co do sposobu, w jaki rana powstała; można tylko zaznaczyć, że na ciele zmarłego nie znaleziono żadnych śladów walki.

Spostrzeżenie to zdawało mi się zasługiwać na wzmiankę, ponieważ, o ile obrażenia naczyń podkolanowych przy zmiażdżeniach, powikłanych złamaniach, a nawet przy ranach postrzałowych stawu kolanowego i jego okolicy opisywano wielokrotnie, o tyle cięte i kłóte rany tych głęboko leżących naczyń należą do wielkich rzadkości. Nie licząc dwóch przypadków zranienia tętnicy podkolanowej w czasie zabiegów chirurgicznych, ogłoszonych przez Langtona[6]) (w biegu osteotomii uda z powodu „genu valgum") i Tealego[7]) (wraz z żyłą, przy usunięciu martwiaka z uda), zdołałem odszukać tylko siedm podobnych spostrzeżeń. Deschamps[8]) wspomina o jednym przypadku zranienia tętnicy podkola-

---

[5]) W naszem piśmiennictwie ogłosił kilka ciekawych spostrzeżeń Blumenstok, *Medycyna* 1872, Nr. 8 i 9.

[6]) Lancet, 1884, T. I. str. 564.

[7]) Lancet, 1887, T. I. str. 12.

[8]) „Observation sur la ligature des principales Artères des extrémités, à la suite de leurs blessures et dans les anévrysmes, principalement dans celui de la poplitée". Paryż 1793, str. 25.

nowej szablą; Verneuil[9]) opowiada o podobnym przypadku, w którym zraniono równocześnie żyłę; Jaboulay[10]) przytacza jeszcze jedno spostrzeżenie, znajdujące się w „Encyclopedie internationale“ (Tom III. str. 255). Przypadkowe nakłócie tętnicy podkolanowej, u 29-letn. mężczyzny, opisał dalej Wordsworth[11]); ranę tętnicy i żyły, zadaną przez nieuwagę nożem, widział również Maunder[12]); w końcu Le Fort w imieniu Laurenta[13]) ogłosił spostrzeżenie rany kłótej tętnicy podkolanowej, którą zadała sobie nożem przypadkowo ośmioletnia dziewczynka. Wszystkie te przypadki jednak budzą zajęcie wyłącznie ze stanowiska chirurgicznego.

Ciekawszym natomiast jest siódmy przypadek, ogłoszony przez Hohnbauma[14]), dziś zapomniany, który był przedmiotem dochodzeń sądowolekarskich, i to z powodu oskarżenia o błąd lekarski.

Czterdziestoletni ogrodnik W., zresztą zupełnie zdrów i czerstwy, nabawił się, po przypadkowem stłuczeniu, przewłocznego cierpienia w stawie kolanowym lewym, rozpoznawanego i leczonego przez kilku lekarzy jako „tumor albus“. Po czterech latach choroby dostał się W. w opiekę Dra K., który oświadczył, że należy rzekomo w stawie nagromadzoną „ropę“ wypuścić, i w tym celu, mimo obaw chorego i jego otoczenia, nakłół obrzękły staw od tyłu lancetem. Skutkiem zabiegu był silny krwotok tętniczy, utamowany na razie uciskiem, przyczem lekarz ów sam zaraz zauważył, że skaleczył jakieś większe naczynie. Pomimo tego odwlekając ustawicznie dalsze wskazane leczenie, naraził Dr. K. chorego na szereg znacznych krwotoków, powtarzających się przy każdem poruszeniu opatrunku, a kiedy nareszcie po 6 tygodniach takiego stanu ustąpił od swego uporu i z wezwanym chirurgiem podwiązał tętnicę udową, pomoc była spóźnioną; W. zmarł nazajutrz po podwiązaniu t. udowej.

Sekcya dokonana w trzy dni po śmierci, nie wykazała, oprócz początków gnicia żadnych zmian w narządach wewnętrznych, bardzo w ogóle niedokrewnych. W stawie kolanowym stwierdzono próchnienie kości.

Na udzie lewem świeża rana po podwiązaniu tętnicy; w przegubie kolanowym lewym rana, szeroka na 2 cale, długa na $2^{1}/_{2}$ cala, w której dnie widać żyłę i tętnicę podkolanową. Rana zadana lancetem, przebija obie ściany żyły, otwierając je na długość 4 i 2 linij (''') i kończy się otworkiem w tętnicy, długim $1^{1}/_{2}$'''

Na zasadzie wyniku sekcyi i zeznań świadków, między nimi kilku lekarzy, orzekł Hohnbaum, że W. zmarł wskutek znacznych i powtarzających się krwotoków z naczyń podkolanowych, skaleczonych wskutek nieumiejętnego i niewłaściwego postępowania Dr. K. Jako okoliczność, zwiększającą błąd lekarski, który nawet w owym już czasie (1828 r.) musiał uchodzić za jeden z najgrubszych, podniósł Hohnbaum tę okoliczność, że Dr. K. zaniedbał ratować chorego niezwłocznem podwiązaniem uszkodzonych naczyń, lub tętnicy udowej. Winowajcę oczywiście skazano.

W nowszych już czasach ogłosił Núnez[15]) przypadek zranienia tętnicy podkolanowej, który również wywołał dochodzenie sądowo-lekarskie. Pracy tej jednak w oryginale dostać nie mogłem, nie umiem więc żadnych z niej podać szczegółów, nie spotkawszy również dokładniejszego z niej sprawozdania.

Wypełniając w końcu miły obowiązek, składam podziękowanie Dr. Socquetowi za odstąpienie mi obu przypadków do ogłoszenia.

III. Z szpitala powszechnego w Jaśle.

Przypadek krwotoku po operacyi wola.

Podał

Dr. Józef Kadyi,

sekundaryusz.

W styczniu b. r. przybył do szpitala S. T., trzydziestokilkoletni wieśniak, źle odżywiony, blady, jakby zawiędły. Pragnie on pozbyć się wola dlatego, że guz ten począł w ostatnich dwóch latach dość szybko się powiększać i nietylko znacznie go oszpeca, ale także staje się powodem duszności przy każdej więcej natężonej pracy fizycznej.

Tylko prawa połowa gruczołu tarczykowego uległa zwyrodnieniu i znacznemu powiększeniu, tworząc po stronie prawej szyi guz obły, wielkości pięści; strona zaś lewa szyi posiada kształt i rozmiary zwyczajne. Guz ten miał tak miękkie utkanie, że sprawiał przy badaniu wrażenie chełbotania tak, że próbowałem pierwotnie nakłócia, ale z wynikiem ujemnym. Wobec tego postanowiliśmy dokonać zupełnego wyłuszczenia, na co tem łacniej się można było zdecydować, że pozostająca lewa zdrowa połowa gruczołu tarczykowego wystarczała, by uchronić operowanego od następstw, znanych pod nazwą *cacheria strumipriva*.

Operacyę wykonałem dnia 18-go stycznia b. r. przy łaskawej asystencyi prymaryusza, Dra Macudzińskiego. Po odsłonięciu guza od przodu natrafiłem na wcale znaczną liczbę naczyń, wchodzących do guza od tyłu, tak, że musiałem ustawicznie zakładać podwiązki, poczem dopiero przecinałem podwiązane naczynia. Zresztą posuwałem się drogą tępą, to jest, że czego na tępo nie mogłem oddzielić, to wprzód brałem drobnymi pęczkami w podwiązki i dopiero podwiązany pęczek przecinałem nożyczkami. W ten sposób dość mozolnie, ale bez znaczniejszego krwotoku, wyłuszczyłem cały guz i doszedłem aż do środkowego przesmyku, łączącego prawy zraz gruczołu z lewym. Przesmyk ten był objętości grubego ołówka. Podwiązałem go i przeciąłem. Podczas ostatecznego przeglądu i przepłókania pola operacyjnego, nigdzie krwawiącego naczynia nie było widać; więc ranę zeszyłem i założyłem opatrunek jodoformowy.

Chory, przeniesiony do łóżka, miał oddech wcale swobodny, tętno zadawalniające, przytomność zupełną. Uspokojony o stan operowanego, opuściłem szpital.

W jakie półtory lub dwie godziny później zostałem śpiesznie przywołany do szpitala, gdzie już zastałem równocześnie zawezwanego prymaryusza z powodu, iż chory „umiera, czy też już zmarł“.

Zastaliśmy go rzucającego się na łóżku z powodu najwyższego stopnia duszności; twarz sino-czerwona, nabrzmiała; głowa w tył wygięta, chory czyni z najwyższym wysiłkiem chrapliwe wdechy. Zdjąłem opatrunek i wtedy ujrzałem, że pod zeszytą skórą utworzył się duży, silnie bardzo napięty, guz krwawy, który wzrost swym mechanicznym uciskiem tak znacznie utrudniał oddechanie. Tchawica, przez dłuższy czas ulegająca, z powodu wola, zwężeniu i zmięknieniu, tem łatwiej poddać się musiała uciskowi, jaki na nią wywierała wynaczyniona krew, nabierająca w szczelnie zamkniętym jakby worku silnego naprężenia. Rozprółem więc szwy skórne i w tejże chwili, wraz ze zniesieniem tego napięcia, chory odetchnął głęboko i łatwo. Wydaliłem palcem

---

[9]) Bulletin de la Société de chirurgie de Paris 1869.
[10]) W Dechambre Dictionnaire encycl. des sciences médic. Serya II., Tom 27, str. 655, 1888.
[11]) Medic. Times and Gazette. Nowa serya, tom 15, str. 216 Londyn 1857.
[12]) Transactions of the Pathol. Society of London, 1863, T. 14 str. 84.
[13]) Bull. de la Soc. de chir. de Paris. Serya II., tom XI. 1870, str. 206.
[14]) Zeitschrift für Staatsarzneikunde (herausg. von Ad. Henke). Rok XV., 1835, tom XXX, strona 347--382.
[15]) Núnez. „Medicina legal; herida de la poplitea“. Annales de la real Academia de ciencias médicas, fisicas y naturales de la Habana. 1880/1, tom 17.

nagromadzone w znacznej ilości skrzepy, aby dojść do źródła krwotoku. Okazało się, że nigdzie niepodobna dostrzedz znaczniejszego naczynia broczącego, czyli, że krew nieznacznie i zwolna sączyła się tylko z dna rany. Odpowiednio też temu trochę silniejszy ucisk sumaryczny wystarczał, aby krwotok zastanowić. Jednakże chory, a raczej jego tchawica, nie znosi, jak to przekonaliśmy się, uciskającej opaski na szyi, bo zaraz występują wyraźne objawy duszenia. Wypadało więc chyba poddać jeszcze raz ścisłej kontroli i obejrzeniu całe pole operacyjne, aby wynaleźć miejsce krwawiące; ale w tym celu trzebaby już chyba przedłużyć pierwotne cięcie skórne, aby módz workowatą dotychczas przestrzeń rany zamienić na płaszczyznę, wszędzie oku dostępną. Niechętnie się do tego zabierałem, a to tem bardziej, że miałem poczucie, iż bardzo dokładnie podwiązywałem podczas operacyi. Dlatego więc postanowiłem przed tem jeszcze raz zastosować ucisk, ale w ten sposób skierowany, aby uciskając powierzchnię operacyjną, czyli krwawiącą, nie ugniatać równocześnie tchawicy. W tym celu oparłem rynienkowatą deszczułkę (używaną przy złamaniach kości długich) o bark lewy i lewą stronę głowy tak, że tworzyła ona jakby most ponad lewą stroną szyi. W ten sposób zwoje opaski uciskającej nie opasywały dookoła szyi, ale przeskakiwały niejako ze szyi na ów pomost deszczułkowy, a wskutek tego szyja po stronie lewej, t. j. nieoperowanej, wyłączona była zupełnie od ucisku, a tem samem tchawica utrzymać mogła swe światło, bo od strony lewej nic jej nie ugniatało. Opatrunek taki wystarczył zupełnie, krwotok zupełnie ustał, oddechanie odbywało się naturalnym torem. Tylko dla chorego ów opatrunek wygodnym nie był. Wprawdzie pomiędzy głową a deszczułką włożyłem watę i starałem się o wynalezienie jak najdokładniejszego ułożenia chorego; mimo to operowany dosyć się użalał, że ten opatrunek jest dlań uciążliwym, co zresztą dziwić nie może, boć w każdym razie szyja i głowa były w stronę lewą przegięte i jakby przykrępowane.

Po upływie doby zdjąłem cały ten opatrunek uciskowy, zakładając od tej chwili zwyczajne opatrunki. O dalszym przebiegu nie wiele mam nadmienić. Ciepłota ciała zrana nie przekraczała nigdy 37·7° C., podczas gdy popołudniu doszła raz do 38·8° C. Język zawsze był wilgotny, tętno dobre, łaknienie jeszcze lepsze, ropienia nie było, gojenie prawidłowe, a dnia 7-go lutego operowany, jako wyleczony, opuścił szpital.

Gdy się *lege artis* operuje, to krwotok następowy bywa rzadko i w każdym razie potrzebuje osobnego wytłómaczenia, n. p. kruchość tkanin, zwyrodnienie naczyń, zesunięcie się źle przyciągniętej podwiązki, nieodpowiednie zachowanie się operowanego, nieostrożność itd. W niniejszym przypadku żadna z tych przyczyn do wytłómaczenia nie wystarcza. W szczególności nie mogę podejrzywać, iżby krwotok nastąpił z tętniczki niepodwiązanej, lub źle podwiązanej, bo tę czynność operacyjną wykonałem bardzo dokładnie i ostrożnie, jak to wyżej nadmieniłem; a zresztą żadne naczyńko broczące wyszukać się nie dało. O krwawieniu z przeciętego mostka gruczołowego, łączącego zwyrodniałą prawą połowę gruczołu z lewą, zdrową, także trudno było myśleć, chociaż na razie kikut ten nie był mojemu oku dostępny, bo krew nie nadpływała z tego jednego tylko zaułka rany, gdzie leżał kikut obcięty i podwiązany, ale sączyła się zwolna i niepostrzeżenie z całego dna rany. Miałem wrażenie, jakby jedynym powodem tego krwawienia było rozszerzenie sieci naczyniowej w ranie, wywołane drogą naczynioruchową, jako objaw mechanicznego urazu, spowodowanego samą operacyą. Był to, że tak powiem, nie krwotok, ale sączenie się krwi powolne, któreby nie odegrało tak groźnej roli, gdyby miało miejsce nie na szyi właśnie, ale w innej okolicy ciała, na której można cokolwiek śmielej przyciągnąć zwoje opaski opatrunkowej. Za naczynioruchowem pochodzeniem tego krwawienia przemawia także i ta okoliczność, że zastósowany tu przezemnie okład lodowy wstrzymał na parę minut krwawienie; atoli później już ten bodziec termiczny nie wystarczał do skurczu naczyń, a dał mi tylko czas na przygotowanie przyborów do opatrunku takiego, jak go powyżej opisałem.

Opatrunek taki zaimprowizował raz prof. Mikulicz na swojej klinice krakowskiej (w czasie, gdy jako uczeń Uniwersytetu Jag. uczęszczałem na jego wykłady), z tą różnicą, że użył opaski elastycznej — i przypadek ten, zdaje mi się, drukiem ogłosił.

IV. Oceny i sprawozdania.

Żywot i prace naukowe Jędrzeja Śniadeckiego. Kraków, 1898.

W znakomitem humorystycznem dziele: „Próżniacko-filozoficzna podróż po bruku“ radzi Śniadecki z ironią, aby oceniać wartość dzieł naukowych „według grubości i wagi“, zwłaszcza w tych czasach gdzie „ludzie tyle piszą, a na domiar nieszczęścia, jeszcze i druk wymyślili“. Świetny ten dowcip, oczywiście bez żadnej złośliwej „arrière-pensée“ przyszedł mi na myśl, gdym dostał świeżo powstałe dzieło p. t. „Żywot i prace naukowe i społeczne Jędrzeja Śniadeckiego“; wziąwszy to dzieło do ręki i przeczytawszy tylko parę jego kart wstępnych, można śmiało dowcip Śniadeckiego wywrócić i sparafrazować, odpowiadając nieznanemu, a przynajmniej niepodpisanemu, autorowi, że fakt skreślenia tak obszernego dzieła i skompilowania tak znacznego materyału, w celu uczczenia pamięci naszego wielkiego uczonego w roku jubileuszowym, jest już sam przez się rzeczą godną pochwały i uznania. Bez przesady, w naszym przypadku, sama „grubość i waga dzieła“, gdybyśmy nawet nie wglądali w jego treść i sposób opracowania, już są dowodem i wielkiej pracowitości autora i szczytnego zamiaru ochronienia „wielkiego ziomka“ przed zapomnieniem, skoro „prócz wspomnień zięcia i krótkich wzmianek w tygodniku poznańskim i petersburskim, nikt z rodaków obszerniej nie pisał o Śniadeckim“, skoro wśród postępów i przewrotów naukowych tak dużo imion nawet współczesnych odrazu wepchnięto do „historyi“, skoro wreszcie o tej historyi coś przy danej sposobności się wspomina, uważając jednak zawsze wszystko dawniejsze za przestarzałe i niepotrzebne. Zdanie autora, iż w historyi badań dawniejszych znaleźć się może i winno dużo prawdy, dużo wzorów godnych naśladowania, dużo pięknego materyału ku ocenieniu rozwoju cywilizacyi, wystarczy chyba przytoczyć bez żadnych komentarzy.

Dalecy jesteśmy od tego, aby w niniejszej ocenie dotykać osoby samego Śniadeckiego i znaczenia jego dzieł, gdyż nam chodzić powinno tylko o krytykę jego krytyka. Otóż dzieło, o którem mowa, jest ostrożnem w całem tego słowa znaczeniu streszczeniem działalności i prac Śniadeckiego, możliwie pozbawionem krytycznych objaśnień i osobistych zapatrywań. Jedynie tylko wstępny rzut oka na stan ówczesnej medycyny, skreślony pracowicie na 50-ciu pierwszych stronach, jest poniekąd wyrazem chęci wyjaśnienia, iż to, na co dziś się zgodzić nie zawsze możemy, odpowiadało duchowi czasu i świetnym było owocem ówczesnego stanu wiedzy. Zresztą, po za tym wstępem, autor stara się być tylko historykiem i bezstronnym sprawozdawcą, a gdzie już koniecznie musi dodać mniemanie osobiste, tam zgrabnie stara się wypełnić przepaść, dzielącą fizyologię doświadczalną od dawnej fizyologii czysto filozoficznej, lub przynajmniej nad tą przepaścią chwilowo przerzucić pomost. I tak np. autor sam przyznaje, że filozofia przyrody, nie dająca się tak łatwo pogodzić z fizyologią, niejednego uczonego doprowadziła do sprzeczności i dwulicowości; ale przypomina gdzieindziej, że przecież w dzisiejszych naukach doświadczalnych rozumowanie filozoficzne segreguje prawdę od nieprawdy, wśród nawału czysto empirycznych doświadczeń; w innem znów miejscu, oddaje hołd nowoczesnej szkole krakowskiej i lwowskiej, lecz twierdzi, iż „teorya jestestw or-

ganicznych“, która chyba nie zgadza się z badaniami wymienionych szkół, powinna służyć za wskazówkę, jak zapatrywać się na sprawy przyrody. Gdyby dzieło było podpisane przez jakąś znaną powagę naukową, kto wie, czybyśmy pod przygnębiającym wpływem „autorytetu“ nie byli zmuszeni chwalić delikatnej mądrości sprawozdawcy, co umiał równocześnie sławić mistrza i bronić dzisiejszego stanu wiedzy; gdyby zaś skreślonem było przez pióro młode i nieznane, kto wie, czyby nie znaleźli się tacy, co ze sarkazmem dopatrywaliby się chęci szanowania powag dawnych, nie obrażając powag dzisiejszych; nam wreszcie czytającym dziś ten spory tom przez szparę anonimu, i starającym się czytać go jak najbezstronniej, pozostaje tylko jedna droga i jedno ostateczne zdanie, które w kilku zasadniczych słowach da się streścić. Dzieło o Śniadeckim rozmiarami swoimi świadczy o wielkiej pracowitości autora, treścią — o dokładnej znajomości tak historyi medycyny jak i poszczególnych, nawet najmniejszych utworów uczonego Jędrzeja; duchem wreszcie — o wielkiem przywiązaniu do wszystkiego co swojskie, zwłaszcza wtedy, gdy przez wszystkie obce znakomitości, skąpe zwykle w pochwałach, tak uwielbione, a przez swoich traktowane po macoszemu, wedle przysłowia, iż „nikt wśród swoich nie jest prorokiem“. — Dla przeciętnej publiczności, pragnącej coś więcej wiedzieć o naszym wielkim uczonym, dzieło to stanowić będzie przyjemną i użyteczną lekturę; dla przyrodników, którym oryginały prac jego są niedostępne, lub rozmiar 646 paragrafów odstraszający, streszczenie sumienne i bezstronne wielce pomocnem i korzystnem; dla każdego serca wreszcie, któremu drogą sława Polskiego imienia, — zjawiskiem, że użyję już najskromniejszego przymiotnika, sympatycznem, bo dodającem blasku postaci wielkiego medycznego polihistora, jakim przy dzisiejszem rozdrobnieniu nauk lekarskich nikt chyba tak prędko nie będzie. Dewizą Śniadeckiego był, jak wiadomo, dwuwiersz Kochanowskiego: „Służmy uczciwej sprawie, a jako kto może, Niech ku pożytku dobra wspólnego pomoże“; treścią dewizy najnowszego z jego biografów, niewymienionej wprawdzie nigdzie, lecz tchnącej z całej pracy, jest chyba chęć wykazania, iż za znakomite odpowiednio do ducha czasu i stanu wiedzy prace, naszego wielkiego uczonego wdzięczność społeczeństwa jedną tylko powinna była i powinna dziś okazać się drogą: za życia, nie tyle próżnym zaszczytem i formalną pochwałą, ile szczerem uznaniem, a po śmierci, nie tyle laurami i pomnikami, dedykowanymi przez konwenans, ile rozkrzewianiem czci do wielkich prac i szerzeniem pamięci wielkich uczonych.

Dr. Zaniętowski.

V. Wyciągi.

H. Rosin: **O szczególnym rodzaju białka w moczu i jego znaczeniu rozpoznawczem.** *(Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 48). Kühnemu zawdzięczamy wiedzę o propeptonach czyli albumozach, t. j. o szeregu ciał, tworzących się wśród pepsynowego trawienia białka. Posiadają one własności pośrednie pomiędzy własnościami białka a peptonu. Tworząc się we wszystkich tkankach, powinny się znachodzić i w moczu. Tu wylicza R. długi szereg autorów, którzy, bądź to pepton, bądź pewne propeptony rzeczywiście w moczu wykrywali, i to albo wśród niektórych stanów chorobowych, (nie biorąc rozumie się w rachubę zapalenia nerek), lub też wśród przeróżnych doświadczeń, polegających przeważnie na wstrzykiwaniu pewnych ciał zwierzętom pod skórę lub do żyły.

R. miał sposobność spostrzegać długotrwałe pojawianie się w moczu ciała, należącego do propeptonów i mniema, iż może ono dać pewne rozpoznawcze wskazówki.

W lutym b. r. zgłosiła się do kliniki Senatora 36-letnia pacyentka, skarżąca się na bóle głowy, bóle w krzyżach, piersiach i na ogólne osłabienie. Próba Hellera wykazała w moczu białko, a w osadzie były liczne wałeczki i przybłonek nerkowy. Rozpoznano zapalenie nerek bez określenia ścisłego postaci, gdyż badanie serca i dna oka nie pozwalały rozpoznać śródmiąższowego zapalenia nerek przewlekłego; brak obrzęków przemawiał przeciw zapaleniu n. miąższowemu, a w końcu mocz jasny i w obfitej ilości przeciw zapaleniu ostremu.

Polecono chorej dyetę mleczną, a wewnętrznie jodek potasowy. Po 3 tygodniach przedstawia się chora ze znacznem pogorszeniem, skarżąc się między innemi na trudności w połykaniu. Badanie wykazało obustronne porażenie n. podjęzykowego, obok znieczulenia, ograniczonego do wargi dolnej i brody. Próba Hellera dała gruby pierścień biały, który po przypadkowem, w innym celu uskutecznionem, ogrzaniu moczu do zagotowania się, znikł zupełnie, podobnie jak lekkie zmętnienie, które poprzedziło zniknięcie pierścienia. Dalsze próby z zagotowaniem wykazały, że przy 53° rozpoczyna się zmętnienie, a dalej powstaje strąt obfity, który przy 72° rozpoczyna topnieć. Przy wyższej ciepłocie płyn spienia się, a przy 100° prawie zupełnie się wyjaśnia. Przy oziębianiu osad wraca a przy ponownem ogrzaniu topnieje. Zastosowano inne próby na białko, przy których powstawał gruby osad o tych samych własnościach. Ciało to uważa R. za albumozę. Białka był ślad tylko, odpowiadający nieznacznemu zmętnieniu przy zagotowaniu. Mocz dawał nadto reakcyę biuretową. Chorą karmiono sondą. Wśród przebiegu zrazikowego zapalenia płuc i upadku sił chora ta zmarła 8 kwietnia.

Sekcya wykazała skrobiowate i tłuszczowe zwyrodnienie obu nerek (i odpowiadający temu obraz mikroskopowy). Dalej znaleziono na kilku żebrach nowotwory, wychodzące ze szpiku, niszczące kość na znacznej przestrzeni, przez co żebra stały się miękkie, jakby w rozmiękczeniu kości. Badanie mikroskopowe przedstawia obraz mięsaka okrągłokomórkowego. Za życia były wprawdzie bóle w krzyżach i piersiach, lecz bez zniekształcenia klatki piersiowej. Powód porażenia wspomnianych nerwów dotąd niejasny, gdyż badania mózgu, rdzenia i odpowiednich nerwów jeszcze nie przeprowadzono.

R. stawia pytanie, czy wynik sekcyi tłómaczy albumosurię? Stan nerek nie tłómaczy tego dostatecznie. Chociaż więc autor sam broni się od tak dziwacznej myśli, jest jednak zniewolonym wprowadzić albumosurię w związek przyczynowy z obecnością mięsaków klatki piersiowej, do czego go też zachęcają ogłoszenia innych badaczy, dotyczące pojawiania się tej samej, lub przynajmniej podobnej, albumozy w moczu.

I tak, w roku 1848 ogłosił Bence Jones przypadek, w którym ciało o zupełnie tożsamych własnościach wykrył w moczu. Sekcya wykazała zdrowe nerki i rozmiękczenie żeber (bez badania mikroskopowego). Kühne wykazał to ciało w moczu w roku 1883. Uważał je za mięszaninę znanych mu albumoz. Chory zmarł na cierpienie kości, uważane za ich rozmiękczenie. Sekcyi nie było. Trzeci przypadek opisuje Kahler w r. 1889. Sekcya wykazała nerki zdrowe, mięsaka żeber i trzonów kręgowych. Czwarty przypadek opisany przez Ribbinka w roku 1892: wynik sekcyi: liczne mięsaki w rdzeniu p., klatce piersiowej, nerki zdrowe. W 5 przypadku z kliniki Stintzinga, opisanym w zeszłym roku przez Matthesa i Seegelkena, znaleziono znaczne zniekształcenie klatki p., wyglądające na rozmiękczynowe kości, lecz na podstawie obecności albumosuryi przypuszczano już mięsaki. Sekcya wykazała nerki zdrowe i liczne mięsakochrzęstniaki, wychodzące ze szpiku.

Ponieważ albumosurii nie spostrzegano w przypadkach mięsaków, usadowionych gdzieindziej, przeto R. czyni wniosek, że można ten objaw zużytkować, jako środek rozpoznawczy pomocniczy.

Pozostaje jeszcze na przyszłość rozwiązać pytanie, gdzie jest źródło tego ciała, czy w tkance nowotworowej, czy we krwi? *Dr. B. Wojciechowski.*

Dr. Bleich: **O porodzie w trumnie, z opisaniem nowego przypadku.** *(Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, Nr. 49 i 50). Zastanawiając się nad przypadkami porodów, zdarzających się po śmierci, zaznacza autor, iż w podręcznikach medycyny sądowej nie są dostatecznie uwzględnione szczegóły, dotyczące porodu w trumnie. Przypadki te, nie

należące wcale do zakresu działania położników, których obowiązkiem jest rozwiązanie osoby ciężarnej za życia, ma sposobność spostrzegać tylko lekarz sądowy. Dwie głównie siły są w stanie wydalić płód z łona matki po śmierci: jedną z nich jest ciśnienie śródbrzuszne, wywołane przez gazy gnilne, drugą — ściąganie się mięśnia macicznego. Autor rozbiera szczegółowo znaczenie obu tych czynników i, aczkolwiek sądzi, iż są one w stanie bezsprzecznie wyprzeć po śmierci płód niedonoszony z łona matki, to nie przypuszcza, aby w przypadkach, gdy będzie płód donoszony, siły te same przez się wystarczyć mogły. Wiadomo bowiem, że, przy przejściu przez kanał rodny, główka dziecka donoszonego wstawia się w odpowiednie wymiary miednicy, wykonując pewien szereg zwrotów, czyli tak zw. mechanizm porodowy. Siłami wydalającemi są tu skurcze macicy, siła tłoczni brzusznej i podłogi miedniczej. Otóż, ponieważ główka dziecka donoszonego taki sam mechanizm po śmierci wykonywaćby musiała, przeto, zdaniem autora, ani ciśnienie śródbrzuszne, skutkiem wytwarzania się gazów gnilnych w jamie brzusznej, ani też ściągania się pośmiertne macicy, nie są w stanie same przez się wystarczyć do wywołania porodu w trumnie, lecz mniema, że w takich przypadkach, inne jeszcze siły w grę wchodzić muszą. Sądzi zatem, że skurcze macicy ciężarnej za życia, muszą w tych przypadkach dostatecznie przygotować przedtem drogi porodowe, tak, że ciśnienie śródbrzuszne, jakoteż i ściągania się pośmiertne macicy, mają tylko za zadanie rozpoczęty za życia poród ukończyć. Następnie opisuje autor wynik sekcyi zwłok kobiety, będącej w VI m. ciąży, której ekshumacyę po 8-miu dniach wykonał. W doniesieniu do władzy znajdował się szczegół, że denatka miała na krótki czas przed śmiercią stosunek płciowy z trzema młodymi ludźmi bezpośrednio jeden po drugim. Nie wdając się w bliższe szczegóły sekcyi, zaznaczyć należy, że po otwarciu trumny spostrzeżono płód, znajdujący się pomiędzy udami, zwrócony nóżkami ku częściom sromowym matki a grzbietem ku górze, główka zaś jego przylegała ściśle do stawów kolanowych matki. Macica w całości wypadnięta i wynicowana, jak również i pochwa, znajdowały się przed sromem, a łożysko w całości od macicy oddzielone, kształtu kuli, połączone było sznurem pępowinowym z dzieckiem. Ponieważ płód był niedonoszony, przeto w przypadku tym ciśnienie śródbrzuszne i ściąganie się pośmiertne macicy, mogły były, zdaniem autora, wystarczyć, do wydalenia go; jednakże zważywszy, iż kobieta ta spółkowała na krótki czas przed śmiercią, sądzi autor, iż w tym przypadku gwałtowne spółkowanie mogło wywołać łatwo skurcze macicy za życia. Podając te uwagi pod ocenę, sądzi autor, że najpewniej do wyjaśnienia ich przyczyniłoby się ogłaszanie podobnych przypadków i w tym celu opisał przez siebie spostrzegany.

Dr. Edward Czerny.

H. Maass: **Opatrunki z celulozy.** *(Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 45). Opatrunek gipsowy ma, obok licznych zalet, tę wadę, że jest zbyt ciężki. Odczuwa ją dokładnie chory, szczególnie wówczas, gdy opatrunek nosić musi przez czas dłuższy. Ma to tem większe znaczenie, że opatrunki takie stosuje się przeważnie u dzieci i niedorostków. Słusznie więc starano się o wyszukanie innego materyału, któryby był dość mocnym, a przytem lekkim.

W ten sposób wpadano na myśl sporządzania opatrunków ze szkła wodnego, drzewa, filcu i t. p. Powiedzieć jednak należy, że żaden z tych pomysłów nie zdoła odpowiedzieć wszystkim wymaganiom naraz.

Do ulepszeń znacznych na polu ortopedyi zaliczyć należy sposób, jaki przed rokiem Landerer i Kirsch podali. Używają oni celulozy, która jest mocną, lekką, elastyczną i nie ulega wpływom wilgoci. Nadto daje się ona po ogrzaniu wyginać, a po oziębieniu zachowuje stale nadany kształt. L. i K. używają rozczynu acetonowego w stosunku 1:3. Na model gipsowy ciasno nawijają mulowe opaski, w które wcierają następnie rozczyn celulozy i to w ten sposób, by każda warstwa opaski oddzielona była od następnej przez warstwę celulozy, aż warstw tych będzie 6—8. Najzewnętrzniejszą tworzy grubszy pokład celulozy. Po 12 godzinach można opatrunek zdjąć z modelu.

Opatrunki takie odznaczają się nadzwyczajną lekkością, gdyż n. p. gorset dla dziecka waży mniej więcej około 400 grm., dla dorosłego mało więcej niż funt. Są one przytem o tyle mocne, że szyny wzmacniające okazują się zbytecznemi; posiadają również potrzebną elastyczność i są tak trwałe, że po 10 miesięcznem stałem używaniu nie ulegają żadnemu uszkodzeniu. Na trwałości tracą opatrunki przy używaniu acetonu gorszego. Dlatego poleca M. przetwór najczystszy. M. robi nadto opatrunki połączone stawami, do których zawiasy sporządza sam z płytek celulozy zapomocą zwykłej piłeczki, używanej do wycinania deseni w drzewie. Dalszą wielką zaletą opatrunków z celulozy jest w końcu to, że można je w każdej chwili dowolnie przekształcać i błędy naprawiać, gdyż po ogrzaniu nabierają napowrót elastyczności.

Strona ujemna polega najpierw na tem, że celuloza jest materyałem palnym, jednakże nie w wyższym stopniu niż drzewo. Nieprzenikliwość mogłaby wypaść ujemnie przez to, że wydzieliny skóry nie mogą się ulatniać, lecz i temu łatwo zaradzić przez zrobienie licznych małych otworków w opatrunku. Cena jest wprawdzie jeszcze trochę wysoka, lecz trwałość opatrunku równoważy chwilowy większy wydatek. Najważniejszą wadą jest powolne twardnienie, wskutek czego nie daje się opatrunek taki zastósować tam, gdzie, jak n. p. wobec złamania, należy wprost chorą kończynę od razu ustalić.

Dr. B. Wojciechowski.

Heitler (Wiedeń): **Niemiarowość tętna skutkiem zadrażnienia osierdzia.** (*Wiener klin. Woch.* 1898, Nr. 3). — **Doświadczalne studya nad niemiarowością sercową.** (*Wiener klin. Woch.* 1898, Nr. 8). Doświadczenia swoje wykonał autor na 15 psach zakuraryzowanych. Podrażnienie osierdzia, szczególnie w okolicy rowka podłużnego i pewnych miejsc na koniuszku serca, zapomocą lekkiego ukłócia igłą, uchwycenia szczypczykami, lub zapomocą słabego prądu przerywanego, wywoływa stale niemiarowość tętna. Arytmią zwykliśmy odnosić do zmian w mięśniu sercowym; otóż dowodem, że tu nie chodzi o podrażnienie samego mięśnia, może być ta okoliczność, iż arytmia nie występuje, jeżeli miejsce drażnione zapędzlujemy rozczynem kokainy, a pojawia się znowu, gdy rozczyn ten zmyjemy.

Autor zajął się w dalszym ciągu śródsierdziem i mięśniem sercowym. Zapomocą odpowiedniego przyrządu, wprowadzonego do serca przez ścianę przedsionka, drażnił on mechanicznie śródsierdzie i wywoływał w ten sposób niemiarowość zupełnie podobną, jak przy drażnieniu osierdzia.

Przeciwnie, drażnienie m. sercowego zapomocą prądu przerywanego, doprowadzanego dwoma igiełkowatemi elektrodami, powleczonemi, z wyjątkiem samych końców, szelakiem (aby uniknąć zadrażnienia osierdzia) dało odmienny wynik. Przedewszystkiem, aby otrzymać jakikolwiek skutek, trzeba było użyć prądów znacznie silniejszych, jak przy drażnieniu osierdzia. Powtóre zaburzenie w miarowości jest tu zupełnie inne. Przy drażnieniu osierdzia zjawiają się skurcze, różniące się między sobą, i od zwykłych, tylko natężeniem i rozmieszczeniem; przy drażnieniu mięśnia faliste ruchy o mniejszem lub większem natężeniu. Podobne wyniki otrzymuje się przy drażnieniu prądem serca przez powierzchnią po zakokainizowaniu osierdzia. Można wtedy stwierdzić, że nawet najsilniejsze prądy nie są w stanie serca zabić. Śmierć sercowa występująca wśród objawów trzepotania (Herzflattern), zależy zatem wyłącznie od zadrażnienia osierdzia.

Mechaniczne drażnienie samego mięśnia sercowego nie wpływa zupełnie na rytm serca.

Lewkowicz.

Dr. A. Ludwig: **O narkozie chlorkiem etylowym.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 19, Z. 3). W kilkudziesięciu przypadkach, w klinice Hackera, użył L. do uśpienia chlorku etylowego („kelen“), zaleconego w roku 1895 do tego celu

przez Souliera. Narkozy tej użyć można tylko w przypadkach krótkotrwałych operacyj (5—10 m.), niewymagających zupełnego zwiotczenia układu mięśniowego, gdyż to nie następuje. Do usypiania używa szczelnej maski Julliarda, narkotyku nalewa od razu kilka (6—9) gramów, po 1—1½ minucie następuje sen, który znika natychmiast po zdjęciu maski. Żadnych ubocznych, szkodliwych wpływów L. nie widział. Kilkakrotnie kombinowano znieczulenie miejscowe płynem Schleicha z narkozą chlorkiem etylowym (np. przy amputacyi). *Herman.*

Goldmann: **Dawkowanie salofenu.** *(Pharm. Zeit.* 1897, Nr. 98). Działanie salofenu polega na rozkładzie tegoż na kw. salicylowy i acetylparamidofenol. Organizm jest w stanie przeprowadzić rozkład tylko pewnej ilości leku, a przez powiększenie dawki nietylko nie podnosimy działania leczniczego, ale owszem obniżamy, gdyż rozkład powyższy staje się trudniejszym. Dawka jednorazowa nie powinna zatem przekraczać 1,0—1,5. Przy gośćcu stawowym i nieżycie nagminnym (influenzie) podaje się ją 3—4 razy dziennie; przy bólu głowy można ją w godzinę powtórzyć. *Lewkowicz.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

Bismutan, nowy lek szczmiący (antidiarohoicum), złożony z bizmutu, resorcyny i garbnika, proszek kanarkowo-żółty, nierozpuszczalny w wodzie, bezwonny, smaku słodkawego — poleca Dr. Bion z Zurychu, zwłaszcza w „Dyspepsia gastro-intestinalis“ (szczególnie u dzieci, lecz i u dorosłych).

Dawka dla dzieci niżej dwu lat: 1·5—2·5, np.

Rp. Bismutan (Mindes) 1·5—2·5
Mixt-gumos. . . 100·0
S. Co 2 godz. łyżeczkę.

Dorosłym podaje się 0·5—1·0 na dawkę w proszkach kilka razy dziennie.

Ubocznych objawów nie sprowadza. Wyrabia go aptekarz Mindes w Zurychu. (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte, 1898, Nr. 3). Dr. E.-R.

Jodoformogen, przetwór jodoformowy bez zapachu, poleca Dr. Kromayer. (Berl. klin. Woch. 1898, Nr. 10). Jestto połączenie jodoformu z białkiem, zawiera nadto małe ilości jodu z białkiem i jodu wolnego. Przedstawia się w postaci jasno-żółtego proszku, nierozpuszczalnego w wodzie. Posiada wszelkie własności antyseptyczne jodoformu, jak o tem K., w przeszło 100 przypadkach, mógł się przekonać, nadto ma przed nim pierwszeństwo z następujących powodów: jest bez zapachu, daje się przy 100° wyjaławiać, z powodu zawartości wolnego jodu działanie swe rozpoczyna odrazu (a nie jak jodoform dopiero w miarę rozkładu), rozkłada się na wolny jod powoli i wskutek tego działa długo; jako bardzo miałki i sypki proszek styka się dokładniej z całą powierzchnią rany aniżeli jodoform, który jest sypki tylko w postaci grubych kryształków, a sproszkowany, zbija się w grudki: w końcu jest 3 razy lżejszy od jodoformu, a więc i względy oszczędnościowe zadawalnia, tem bardziej, że cena jego jest nieco niższa. (Firma Knoll et Comp. Ludwigshafen a. Rh.). Dr. B. Wojciechowski.

Credé podał znowu nowy przetwór srebrowy, argentol (Arg. chinaseptolicum), który używa jak itrol na rany, w postaci proszku, gazy, maści i w zawiesinie (1:3000:1000) przeciw rzeżączce. F. K.

Zanardi wprowadził również nowy środek srebrowy, argentum sulfophenylicum, który nie działa drażniąco, jak azotan srebrowy, a jest łatwiej rozpuszczalny i trwalszy niż itrol. F. K.

Zamiast jodku potasu podaje Chenal nowy przetwór jodowy, benzojodhydrin, zmięszany z cukrem tak, że łyżeczka b. saccharati zawiera 0,13 grm. samego przetworu, co odpowiada 1,0 grm. jodku potasu. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 26 Marca 1898 r.

Przewodniczący: Kol. Dr. Machek. Członków obecnych 41.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Doc. Schramm przedstawił dziecko z przepukliną lędźwiową (haernia lumbalis)., która wobec równoczesnego cierpienia stosu pacierzowego (spondylitis) robić może wrażenie ropnia opadowego.

3. Kol. Feuerstein przedstawia przypadek znieczulenia połowiczego naprzemianległego (Hemianesthesia alternans). Mężczyzna 50-letni doznawał od roku napadowo częstych zawrotów głowy z utratą równowagi ciała; kilkakrotnie upadał, nie tracił jednak przytomności. W styczniu bieżącego roku wystąpiło, bezpośrednio po napadzie zwykłego zawrotu, znieczulenie prawej połowy szyi, tułowia, prawych kończyn i lewej połowy twarzy, przytem chory utracił na stałe możność utrzymywania równowagi ciała. W kilka tygodni potem, bez wszelkiej widocznej przyczyny, oko lewe uległo zapaleniu.

Nieco otyły, dobrze zbudowany mężczyzna. *Arteriosclerosis. Keratitis (neuroparalytica) oc. sin., prolapsus iridis fere cicatrisatus.* Niedowład dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego. Siła ruchowa lewych kończyn cokolwiek obniżona. W łóżku chory wykonywa wszelkie ruchy swobodnie, po lewej stronie zaznacza się bezład ruchowy. Stanie bez postronnej pomocy nader utrudnione; chód o własnych siłach zgoła niemożliwy, natychmiastowa utrata równowagi i skłonność do upadania na prawo. Należycie podparty przez dwie osoby, chory przechyla się mocno na prawo i chodzi w tem położeniu, wykonywując ataktyczne ruchy lewą dolną kończyną. Odruchy ścięgniste po lewej stronie wzmożone, po prawej prawidłowe, odruchy skórne po l. stronie zniesione. Po pr. str. ciała znieczulenie na bodźce bolowe i cieplikowe, czucie dotykowe natomiast tylko bardzo nieznacznie obniżone. Po lewej stronie twarzy (także na błonie śluzowej ust, gardzieli, nosa) podobna analgezya i termanestezya; tylko na lewej rogówce i spojówce gałkowej czucie dotykowe jest również upośledzone. Czucie mięśniowe (poczucie ruchów i położenia kończyn), nietknięte. Lewy mięsień żuchwowy mniej jędrny, kurczy się słabiej, aniżeli prawy. Również lewy m. skroniowy mniej się napina. Oddziaływanie wymienionych mięśni na prąd stały i przerywany wybitnie obniżone. Dno oka prawidłowe. Brak objawów wzmożonego ucisku śródczaszkowego.

Na podstawie powyższych objawów można rozpoznać sprawę ogniskową, umiejscowioną w grzbietowej (górnej) części lewej połowy mostu Varola, w pobliżu jądra (czuciowego i ruchowego) nerwu trójdzielnego. Ognisko to przekracza prawdopodobnie linię środkową (rapha) i sięga tu wgłąb mostu (paresis facialis d., osłabienie siły ruchowej lewych kończyn, wzmożenie odruchów ścięgnistych i zniesienie odruchów skórnych po l. stronie). Wobec dysocyacyi czucia i braku zaburzeń zmysłu mięśniowego należy przypuszczać, że przerwie uległy najprawdopodobniej tylko te włókna czuciowe, wchodzące w skład tak zw. *formatio reticularis*, podczas gdy włókna, wchodzące w skład pętli (*lemniscus*, Schleife) nie zostały uszkodzone. Przypuszczenie to opiera się na badaniach klinicznych i anatomicznych, stwierdzających dosyć zgodnie (Wernicke, Senator, Goldscheider i Marinesco, van Oordt), że: 1) w rdzeniu przedłużonym i moście włókna, przeznaczone dla poszczególnych rodzajów czucia skórnego, przebiegają przez *formatio reticularis* oddzielnymi pęczkami, skąd w cierpieniach tej części mózgu występuje względnie często dysocyacya czucia; 2) włókna, służące koordynacyi (zmysłowi mięśniowemu *sensu largiori*) przebiegają przez pętlę. Dysocyacya czucia na twarzy, obok znieczulenia całkowitego rogówki i spojówki lewej gałki, przemawia za tem, że włókna n. trójdzielnego uległy uszkodzeniu częścią w supranuklearnym (w *form. retic.*), częścią w infranuklearnym przebiegu. Ruchowe korzonki (wzgl. ruchowe jądro) n. trójdzielnego zostały również wciągnięte w sprawę chorobową (zwiotczenie m. żuchwowego, obniżenie pobudliwości elektrycznej). Uporczywe zawroty głowy należą do objawów ogniskowych cierpień mostu (Bernhardt). Utratę równowagi i skłonność do upadania na prawo odnieść należy najprawdopodobniej do uszkodzenia lewego ciała powrózkowatego (c. resti forme). *Keratitis neuroparalytica* uchodziła niesłusznie za sprawę, wywoływaną tylko obwodowem (na podstawie czaszki) uszkodzeniem n. trójdzielnego. Bardzo dokładne spostrzeżenia (Oppenheim, Remak) stwierdzają, że *K. neuroparal.* wydarza się także w przebiegu cierpień mostu.

Co do patogenezy przedstawionego przypadku, największe prawdopodobieństwo ma za sobą przypuszczenie, że sprawa polega na ograniczonem rozmiękczeniu (*Encephalomalacia*), wywołanem zmianami miażdżycowemi w zakresie *art. cerebelli post. inf.* (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiał kol. Szulisławski, tłómacząc współudział *keratitis neuroparalytica* w przedstawionym przypadku.

4. Kol. Hojnacki przedstawił nowy sposób rozszerzania uj

ścia zewnętrznego i szyjki macicznej zabiegiem, wykonywanym na dolnej wardze. (Opis podany w Przeglądzie lekarskim).

Kol. Bylicki podnosi łatwość tego zabiegu, oraz dodatnią jego stronę przez rozszerzanie zarazem szyjki.

Kol. Sołowij przeczy istnieniu bezwzględnych ścieśnień ujścia zewnętrznego, przypisując niepłodność i bolesne miesiączkowanie wyłącznie sprawom nieżytowym (rzeżączce). Sam w swej praktyce nie spotkał nigdy potrzeby jakiegokolwiek rozcinania, ograniczając się zawsze do użycia sondy.

Kol. prof. Rydygier, nie wchodząc w potrzeby i wskazania do rozszerzania operacyjnego, podnosi dodatnie strony opisanego zabiegu w porównaniu z innymi.

Kol. Bylicki, odpowiadając kol. Sołowijowi oblicza w swej praktyce przynajmniej 3 przypadki rocznie ścieśnień, wymagających dyscysyi.

Kol. Jan Rosner zapytuje, czy sposób ten ma rozszerzać i ujście wewnętrzne (nie!).

Kol. Festenburg, stwierdzając, że o wartości zabiegu będzie można mówić po doświadczeniu w odpowiednich przypadkach, zapowiada zastosowanie tej metody przy pierwszej nadarzającej się sposobności.

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Lwów.

Szanowni czytelnicy zapomnieli zapewne o treści mej poprzedniej korespondencyi, a ja muszę niestety, wrócić do niej, by załatwić rachunki z dyablikiem drukarskim, który mi kilka figlów spłatał. Pomijam kwestye stylowe jak n. p., że nie wezwanie Redakcyi, ale zadośćuczynienie wezwaniu wydało mi się trudnem. Nie mogę jednak pominąć milczeniem przeróbki epitetu, odnoszącego się do krajowego inspektora szpitali. Zamiast zapracowany, zecer złożył spracowany i naraził mię na to, że każdy, znający osobiście Dra Sawickiego, może mi kłam zadać. Dalej nie mogę się też zgodzić na to, by zaginęła, umieszczona w owej korespondencyi, wzmianka o energicznem, choć bezskutecznem, wystąpieniu naszego krajowego referenta spraw sanitarnych w obronie interesów prymaryuszy szpitalnych. Rzecz ta mało znana jest prawdziwą i nie powinna być przemilczaną tem bardziej, że tak silnie wystylizowano z Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej należne Prof. Jordanowi podziękowanie za jego, pomyślnym skutkiem uwieńczone, działanie w tej sprawie.

W szeregu sprostowań pozwolę sobie jeszcze jedno umieścić, a mianowicie, że niebezpieczeństwo Dra Penziasa, u którego, skutkiem zakażenia, *lymphadenitis* rzeczywiście wystąpiła, nie było tak groźne, jak to podały nasze dzienniki, nie grzeszące ścisłością informacyi, zwłaszcza w sprawach lekarskich. Na nic się nie przydała dobra wola Izby lekarskiej, która ofiarowała się dziennikom z informowaniem ich o sprawach lekarskich i ze sprostowywaniem informacyj, jakieby na innej drodze do nich doszły. W każdym niemal numerze tutejszych dzienników spotykamy sensacyjne wieści ze sfer lekarskich, podawane na własną odpowiedzialność przez tego lub owego, życzliwego temu lub owemu z lekarzy reportera dziennikarskiego, nie liczącego się w swej życzliwości z tem, że rzuca na lekarza, któremu chciał przysługę wyświadczyć, podejrzenie reklamowania się w kronice, zamiast w „nadesłanem“. A ogólne wrażenie jest rzeczywiście takiem, jakoby przeżyła się forma: „Dr. X. po specyalnych, długoletnich, gorliwych studyach etc.“, zdyskredytowaną zaś została forma: „podziękowań za bezinteresowną z sercem i wiedzą niesioną pomoc lekarską“, jednem słowem, jakoby minęło panowanie „nadesłanego“, a jego rolę objęła kronika, rozpisująca się szeroko o wyleczeniach, wyjazdach, lub zamierzonych powoływaniach w skład profesorów uniwersytetu.

Aby nie popaść w grzech, który zarzucam kolegom mym w zawodzie reporterskim, nie będę uprzedzał biegu wypadków i nie ośmielę się prorokować kogo ministeryum na katedrę okulistyki powoła.

W sprawie tej, jak to czytelnikom „Przeglądu“ wiadomo, poszły propozycye do ministeryum. Dwu *primo loco* i *ex aequo* postawionych kandydatów ogół lekarski osobiście zna mało. Trzeci — prymaryusz szpitala powszechnego i tegoroczny prezes Sekcyi lwowskiej, Dr. Machek, ma dużo miru, a z oddziału jego prace naukowe dość często się ukazują. Czwarty — docent Dr. Sroczyński, cieszy się nietylko sympatyą, lecz i uznaniem, zwłaszcza u tych, którzy mieli sposobność zapoznać się z jego jasnym a treściwym sposobem wykładu.

Co do kandydata na katedrę akuszeryi i ginekologii niema dotąd zgody...

W jednym z tutejszych dzienników ukazała się notatka, że katedry chorob dziecięcych, wrzekomo z braku sił nauczycielskich, nie można było dotąd obsadzić. Od czegoż jednak spryt reporterski? Autor notatki zasłyszał, że zasłużony laryngolog z Heidelbergu przenosi się do Galicyi dla kształcenia swych dzieci w języku ojczystym; puścił też zaraz pod prasę propozycyę, by tego laryngologa pedyatrą zrobić.

Jest w każdym razie ziarenko prawdy w doniesieniu owem. Są rzeczywiście poważne trudności, lecz nie w braku kandydatów w kraju, a tylko w postawieniu katedry pedyatryi, w urządzeniu kliniki pedyatrycznej. Szpitalik św. Zofii zbyt szczupło ma miejsca na własną potrzebę, by mógł uniwersytetowi lokal odstąpić, a rządowi tem trudniej zdecydować się na budowę kliniki z gruntu, że i miejsca odpowiedniego znaleźć nie można.

O zamianowaniu docentem dla chirurgii Dra Baracza czytelnicy *Przeglądu* już wiedzą. Wykładać ma on w letniem półroczu na materyale „Lecznicy“. Z reszty chirurgów Prof. Ziembicki wykłada w swym oddziale w szpitalu głównym; Doc. Dr. Schramm w szpitaliku św. Zofii „chirurgię dzieci“; Doc. Dr. Wehr w klinice o *anty-* i *aseptyce*; Doc. Dr. Gabryszewski wyjechał na dalsze studya z zakresu ortopedyi.

Pomieszczenie dla klinik ocznej i dermatologicznej daje szpital główny. Klinika dermatologiczna zajmie na I piętrze w prawem skrzydle dziesięć ubikacyj, prócz sali wykładowej i mieszkania dla asystenta; oczna zajmie parter w temże skrzydle. Gmach szpitalny, ongi klasztor Pijarski, do którego z biegiem czasu dobudowano skrzydła i dwie wspaniałe baszty na to, co w każdym mieszkalnym domu niewątpliwie jest koniecznem, jednak ze względu na zmysł powonienia nie na samym froncie, ale gdzieś na uboczu stawiać się zwykło, — gmach ten w ostatnich czasach zaczyna nabierać pozoru szpitala. Dzieje się to jednak dzięki sprężystości administracyjnego zarządu szpitalnego, który, wśród nieprawidłowych tutejszych stosunków, nie tylko wyłamał się z pod kierunku lekarskiego, ale bodaj, że nawet tym ostatnim zawładnął. To też ulepszenia, o których mowa, dotyczą więcej formy niż treści, ograniczają się na malowaniu kurytarzy i ozdabianiu ich stylowemi latarniami.

Jużto w ogóle kierunek zarządu szpitalnego przechodzi zwolna ale systematycznie w niefachowe ręce. Służbę szpitalną, kuchnię, magazyny, a nawet aptekę oddano w odpowiedzialność i pod zarząd zakonnic. Zakonnic tych w szpitalu lwowskim niczem skłonić nie można do tego, by do kuchni przyjęły zawodowe kucharki. Oddanie im zaś apteki spowodowało, że jeżeli lekarz dyżurny zapotrzebuje w nocy czegoś z apteki, którą zakonnice pod wieczór zamykają, powinien, w myśl instrukcyi dyrektora, wyszukać „siostry czuwającej“, którą żartobliwie latającym Holendrem przezwano, bo obowiązkiem jej jest odwiedzać w towarzystwie dozorczyni wszystkie sale szpitalne; zjawia się też jak duch i ginie znowu jak cień. Odszukana „siostra czuwająca“ budzi „siostrę aptekarkę“, która wyrokuje, czy chce i może zapisane lekarstwo sama wydać, czy też należy odszukać

i zbudzić aptekarza, który w takim razie w jej obecności środek potrzebny przygotowywuje; poczem się znowu aptekę na dwa spusty zamyka.

Z tem wszystkiem chorych nie brak, przepełnienie stałe i lekarze, których w szpitalu pracuje obecnie wraz z bezpłatnymi 32, prócz dyrektora, mają dość pracy, by swym obowiązkom podołać. Bo też we Lwowie, prócz szpitalika św. Zofii, przeznaczonego dla dzieci i szpitala izraelickiego, nie ma więcej zakładów publicznych leczniczych. Zakłady przy ulicy Kurkowej i Kopernika, zakład Bilińskiego, to wszystko przytuliska dla ozdrowieńców lub zniedołężniałych.

O szpitalu izraelickim, który w bliskiej przyszłości, dzięki ofiarom swej gminy i jej jednostek, ma przybrać kształty zewnętrznie i wewnętrznie wspaniałe, a nowożytne, pomówię kiedyindziej; dzisiaj pilniejszą rzecz mam na porządku dziennym.

Pod koniec tego stulecia, które wyspecyalizowało najdrobniejsze gałązki naszej wiedzy, grono lekarzy lwowskich „powzięło myśl stworzenia instytucyi, którąby dawała możność lekarzom tak zw. praktycznym ciągłego kształcenia się w swej sztuce i rozszerzania swej wiedzy po za granice ciasnego kręgu, w którym zamyka każdego z nich obrana przezeń specyalność“. Potrzebnego im w tym celu materyału ma dostarczyć bezpłatne ambulatoryum dla ubogich chorych, z którego, o ile to tylko w praktyce możebnem, korzystać mają wspólnie, pouczając i objaśniając się wzajemnie. Przeszłość ostrzegła ich, na jakie zarzuty i podejrzenia naraża zakładanie bezpłatnych ambulatoryów; to też statut swój obostrzyli różnymi przepisami, mającymi na celu „omijanie skrupulatne wszystkiego, czemby można zadrasnąć prawidła etyki zawodowej, a więc w pierwszej linii wszystkiego, coby tracić mogło reklamą lub ringiem poszczególnych członków“. Wreszcie, aby się nie narazić na zarzut robienia konkurencyi istniejącej tu lecznicy bezpłatnej, zwrócili się najprzód do niej w hektografowanej odezwie, z której czerpię me cytaty, a w której proponują tejże lecznicy, by zmieniła swój statut obecny o kierunku czysto humanitarnym, na taki, jak oni projektują, przez co, bez rozdrabniania sił, powstałaby we Lwowie instytucya, o jakiej marzą, a „dla każdego z nich nadarzyłaby się sposobność starania się o przyjęcie do niej w myśl paragrafów, orzekających o przyjmowaniu nowych członków“.

Dopiero też otrzymawszy od lecznicy odpowiedź, że jej członkom dobrze z tem co mają i że żadnych zmian nie pragną, puścili się sami na bystre wody i wnieśli do Namiestnictwa o zatwierdzenie statutu. Co do mnie, życzę im jak najlepiej; jako sprawozdawca nie mogę jednak przemilczeć, że pozytywiści zarzucają im zbyt idealne zapatrywanie się na świat i ludzi, twierdząc, że z tych ostatnich lekarze najmniej nadają się do wspólnej i zgodnej pracy. Czekajmy niech czas sprawę osądzi.

O lecznicy, o której kilkakrotnie wspominałem, kroniki tutejszych dzienników podały następujący komunikat:

„„Kamienica lekarzy. Lekarze, ordynujący w lwowskiej „Bezpłatnej lecznicy powszechnej“, nabyli na wspólną własność kamienicę w uznania godnym celu urządzenia w niej wszelkim wymogom higieny odpowiadające ambulatoryum dla chorych.

Rzadki to u nas objaw rozumnej pracy, podjętej w celach publicznego pożytku““.

Kontrakt kupna domu dla Towarzystwa lekarzy galicyjskich będzie także w tych dniach podpisany, a z pierwszym lipca Towarzystwo obejmie dom w posiadanie.

Dzisiejszą korespondencyę kończę, a w następnym liście obiecuję rozpisać się szeroko o Towarzystwie ginekologicznem, którego prezesem jest Prof. Czyżewicz, i wspomnę o większej pracy o grypie (influency), którą podobno jeden z prymaryuszów podjął.

W marcu 1898. *Dr. Verax.*

IX. Zbrodniarze zwyrodniali a Sądy karne.

Podał

Dr. W. Jasiński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

A jakże dochodzi antropologia kryminalna do owych danych, które jej pozwalają wnioskować, że pewne indywiduum posiada charakter taki, który je usposabia do zbrodni?

Oto bada ona czyny tego indywiduum, jako objaw życia umysłowego, a następnie bada także narząd umysłu, t. j. mózg. Środkami zaś do tych badań są: nauka o umyśle ludzkim, opierająca się na psychologii, psychofizyce, tudzież na naukach socyologii i filozofii nowoczesnej. Powtóre: porównawcza anatomia mózgu. W celach kryminalno-antropologicznych porównuje ona mianowicie mózgi zbrodniarzy z mózgami ludzi poczciwych i z mózgami takich zwierząt drapieżnych, u których budowa mózgu jest podobna do mózgu zbrodniarzy. Po trzecie: kraniometrya, a po czwarte: kefalometrya. Te dwie ostatnie doktryny są dlatego ważne, ponieważ doświadczenie uczy, że atypowa budowa mózgu objawia się bardzo często także atypowością czaszki i głowy.

Jest tedy nadzieja, że przyszłe społeczeństwa będą lepiej dbały o bezpieczeństwo swoje, niż to czynią teraźniejsze, a skutkiem tego będą w przyszłości także sędziowie postępować odpowiedniej, niż teraz. Teraz sędzia troszczy się jedynie o to, czy podsądny jest winny; w przyszłości zaś będzie się troszczyć przedewszystkiem o to, czy nie jest on niebezpiecznym dla ustroju społecznego. Powtóre: teraz troszczy się sędzia tylko o poczytalność podsądnego, tj. o to, czy nie jest on upośledzony na umyśle; w przyszłości będzie się troszczyć także o upośledzenie etyczne, estetyczne i o upośledzenie co do animizmu, bo będzie wiedział, że niebezpiecznym czyni człowieka nietylko upośledzenie intelektualne, ale także upośledzenie co do wyobrażeń etycznych, co do uczuć estetycznych i co do energii woli.

Także z nałogowymi złodziejami będą przyszli sędziowie postępować inaczej, niż postępują teraźniejsi. Teraz sądy bawią się niejako z tymi złodziejami, bo wnet łapią ich i zamykają, wnet puszczają na wolność. W przyszłości uczynią nałogowego złodzieja od razu na zawsze nieszkodliwym, deportując go, lub zamykając w zakładzie dla zwyrodniałych.

Zachodzi teraz pytanie, czy nie dałoby się już teraz ulepszyć postępowanie ze zbrodniarzami?

Owszem. Ulepszenia w tym względzie są już i teraz możebne, należy tylko przypominać ludziom tę tak prostą i tak jasną prawdę, że ze zbrodniarzami należy postępować tak, jak tego wymaga bezpieczeństwo publiczne.

A któż ma zająć się przypominaniem tej prawdy?

Aby na to pytanie odpowiedzieć, należy wprzód odpowiedzieć na pytanie: Kto dał powód do owego ruchu, który od kilku dziesiątek lat w świecie uczonych, zwłaszcza we Włoszech, w Niemczech, w Belgii, a nawet i w Rosyi spostrzegać się daje, który coraz większe zatacza koło, który się objawia przedewszystkiem na międzynarodowych zjazdach lekarzy, antropologów i przyrodników, a którego dążeniem jest wykazać, że dzisiejsze sądownictwo nie stoi na wysokości swego zadania, potrzebuje przeto reformy. Otóż powód do tego ruchu reformacyjnego dali lekarze. Teraz biorą w tym ruchu udział także inne stany, a między tymi i prawnicy, zwłaszcza tacy, którzy znają nietylko paragrafy prawa, ale są obznajomieni gruntownie także z historyą i filozofią prawa, dalej z antropologią powszechną i kryminalną, tudzież z socyologią i filozofią pozytywną. Prawnicy tedy z tak szerokim horyzontem wiedzy biorą teraz czynny udział w ruchu, o którym tu mowa; ale inicyatorami tego ruchu byli lekarze. Ztąd też także w przypominaniu wspomnianej prawdy powinni lekarze przewodnią odgrywać rolę, gdyż mają najlepszą do tego sposobność przy wydawaniu

orzeczeń sądowo lekarskich. W orzeczeniach tych należałoby zwracać uwagę sędziów na takich zbrodniarzy, którzy są stygmatyzowani i należałoby z naciskiem podnosić konieczność wykluczania ich z ustroju społecznego. Gdyby to nie odnosiło skutków zamierzonych, natenczas należałoby omawiać takie sprawy w towarzystwach lekarskich, albo przynajmniej w czasopismach sądowo-lekarskich. Tym sposobem zwracalibyśmy na tę rzecz uwagę tych osób, których obowiązkiem jest dbać o dobro społeczeństwa, wśród którego żyją. Do takich osób należą: Prezydenci Sądów wyższych, Prezydenci miast i członkowie Wydziałów Sejmowych.

Pozostaje jeszcze wymienić choć niektóre z owych dzieł, które się tym przedmiotem zajmują.

Literatura tego przedmiotu jest wcale bogatą, mianowicie włoska, którą tu na razie pomijam, i niemiecka. Z niemieckich lekarzy, pracujących na polu antropologii kryminalnej, jest według mego przekonania najgorliwszym i najpłodniejszym prof. Benedikt w Wiedniu. Niech mi będzie wolno wymienić tu tylko główniejsze z dotyczących prac jego:

Die Seelenkunde des Menschen als reine Erfahrungswissenschaft. Leipzig, 1895.
The moral insanity und its relations to criminalogy.
Biologie und Kriminalistik.
Anatomische Studien an Verbrechergehirnen.
Kraniometrie und Kephalometrie.
Nouvelle contribution à l'anatomie comparée du cerveau.
Les grands criminels de Vienne.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 14 Kwietnia.

* Nawiązując do uwag, zawartych w dzisiejszej korespondencyi „Veraxa“, wyznać należy, że z chwilą, w której lwowski Wydział lekarski powołany został do ostatecznego obsadzenia katedr brakujących, codzienne dziennikarstwo lwowskie, snać żywo zainteresowane sprawami Wydziału, poczęło często i szczegółowo informować swych czytelników o rzekomych uchwałach grona profesorskiego. Żałować jednak należy, że informacye te okazały się bezpodstawne, a ten jeden fakt, że wszystkie ogłoszone terna były niedokładne, świadczy o pozawydziałowem pochodzeniu źródła tych informacyj. Również z poza Wydziału chyba została poczerpnięta wiadomość, podana w ostatnich dniach przez dzienniki lwowskie, a powtórzona przez niektóre krakowskie, że „klinika chorób dzieci na lwowskim fakultecie medycznym nie mogła dotąd zostać otwartą z powodu braku odpowiednich kandydatów na tę katedrę i t. d.“; tylko zupełną nieświadomością stosunków można sobie wytłómaczyć zapoznanie 25-letniego istnienia krakowskiej kliniki pedyatrycznej, z jej naukową i dydaktyczną działalnością, z szeregiem w niej wykształconych, a zaszczyt tej szkole przynoszących, pedyatrów, z których grona krakowski Wydział lekarski mianował przed rokiem docenta chorób dzieci. Po tym dowodzie braku dokładnych informacyj o stosunkach najbliższych, nie dziwi już nas, że reporterstwo dzienników lwowskich nic nie wie o innych, dalszych, ogniskach umysłowego życia lekarzy polskich. Nam się zdaje, że dzienniki spełniłyby swe zadanie pożyteczniej, gdyby się zrzekły bezowocnego i tendencyjnego wysuwania i zalecania kandydatów na katedry uniwersyteckie, a przekazały tę troskę Wydziałowi lekarskiemu, do którego w tym względzie należy mieć bezwzględne zaufanie.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę demonstratora przy katedrze farmakologii, z płacą roczną 300 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lek. do dnia 24 b. m.

* Staraniem „Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich“ w Krakowie wyjdzie wkrótce praca Dra Wilhelma Piska pod tyt. „Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnień mięśnia sercowego“. Jest to część I obszerniejszego dzieła: „Leczenie chorób serca i naczyń krwionośnych (chorób narządu krążenia)“. Praca ta, obok zapowiedzianych, a w r. bieżącym wyjść mających, książek prof. Jaworskiego i Wachholza, świadczy nie tylko o pożytecznej, lecz i o wzmożonej działalności krakowskiego Stowarzyszenia około rozwoju lekarskiego piśmiennictwa polskiego.

* „Gazeta lekarska“ w Nrze 15 donosi: Redaktorem „Medycyny“, po ustąpieniu kol. Dobrzyckiego, wybrany został przez współwłaścicieli tegoż pisma kol. Michał Sadowski.

* W Warszawie powstaje „Towarzystwo opieki nad nieuleczalnymi chorymi“. Dotychczasowy fundusz Towarzystwa wynosi 31,000 rsr. Naczelnym lekarzem wszystkich zakładów tego stowarzyszenia jest Dr. Chrostowski.

* Dr. Stanisław Zasacki przeniósł się z Kańczugi (pod Przeworskiem, powiat Łańcucki) do Leżajska, w tym samym powiecie.

Donoszą nam, że w Kańczudze może osiedlić się lekarz z widokami wcale dobrego powodzenia materyalnego.

* Senat akademicki czeskiego uniwersytetu w Pradze wniósł podanie do ministra oświaty o założenie drugiej czeskiej wszechnicy na Morawach.

* Wiedeński wydział lekarski miał w zimowem półroczu 2580 słuchaczów: 1508 zwyczajnych, 306 nadzwyczajnych, 766 uczęszczających (frekwentantów); względnie do przeszłorocznego półrocza zimowego mniej o 172.

* Pan Franciszek Dubler, sekretarz Rady powiatowej w Kolbuszowej, wydał „Przepisy o akuszerkach, wraz z rozporz. Ministerstwa z d. 10 września, 1897 r. Nr. 216, Dz. U. pań., dotyczącem nowej instrukcyi służbowej dla akuszerek“. Zwracamy uwagę na tę pożyteczną pracę, która w celach informacyjnych powinna się znaleźć pod ręką każdego lekarza praktykującego.

Mianowania: Wydział Rady powiatowej w Wadowicach zamianował d. 2 b. m. Dra Eugeniusza Łopaczyńskiego z Jaryczowa lekarzem okręgowym w Lanckoronie.

Nekrologia. Dr. Dawid Wasserzug, lat 40, zmarł w Warszawie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 4: Dra Sokołowskiego A.: W pogoni za zdrowiem. Dra Biegańskiego W.. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej (część III). Dra Peszke J.: Roman Jasiński (wspomnienie pośmiertne. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 15: Dra Ciechomskiego A.: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby urazowego pochodzenia. Dra Heimana T.: O utracie słuchu postępującej (dokoń.). W *Medycynie* Nr. 15: Dra Orłowskiego W.: Przyczynek do kazuistyki zakażeń jadem wścieklizny. Dra Karwackiego L.: O wartości leczniczej kreozotalu.

Redakcya otrzymała:

— Jakubowicz H.: Dlaczego chorują nasze kobiety (tłómaczenie z dziełka prof. Howitza). Warszawa, 1898.

— Dr. Lenz J.: O léčeni epididymitidygonorhoické guajakolem. Praga, 1897.

— Dr. Biernacki E.: Zur Aetiologie der functionellen Neurosen (Hysterie und Neurasthenie), 1898.

— Dubler Fr.: Przepisy o akuszerkach itd., dotyczące nowej instrukcyi służbowej dla akuszerek. Kraków, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 20-go Kwietnia, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:
1) Sprawy administracyjne.
2) Kol. prof. Browicz mówić będzie: „O mięsieniu błony śluzowej jamy nosowogardłowej“.

Do numeru niniejszego dołącza się dodatek **„Szczawnica“**.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**